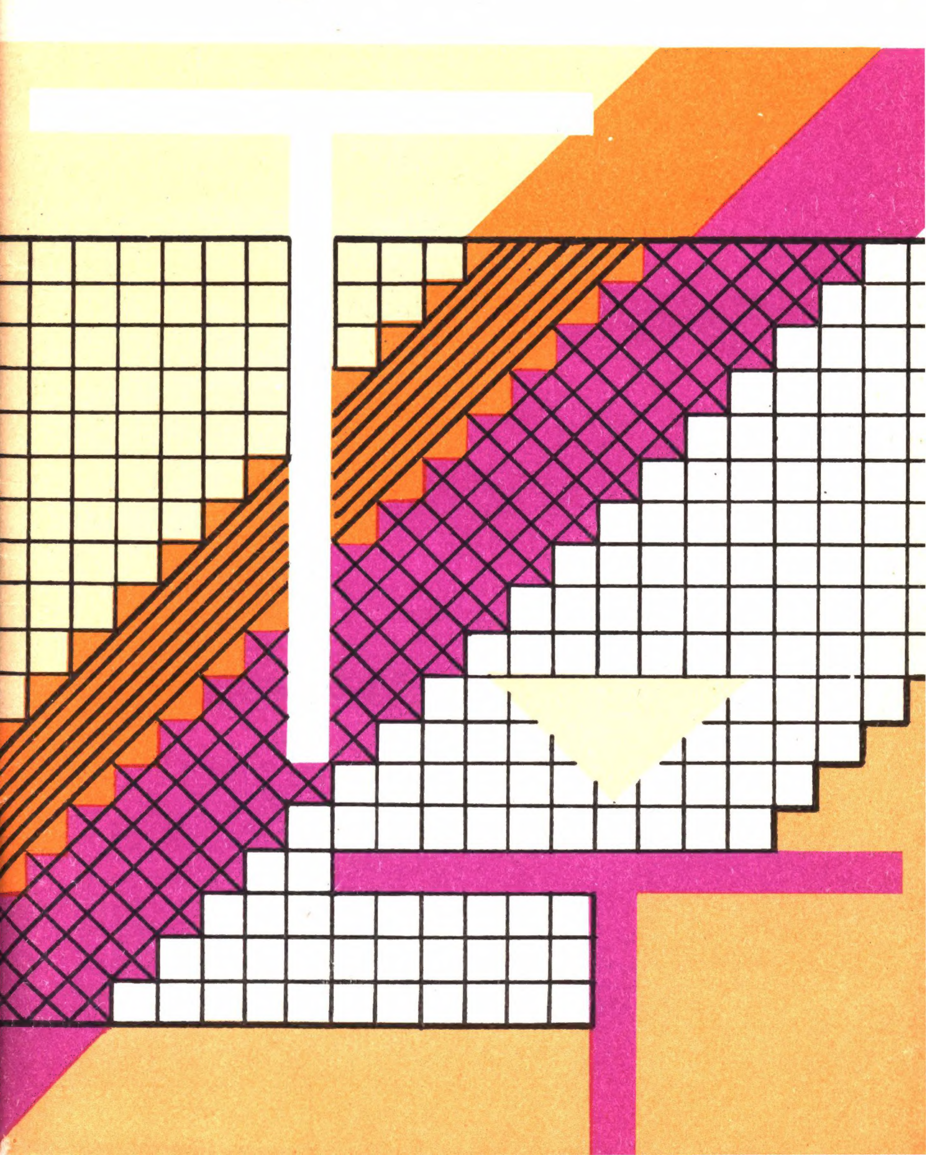
В.Н.КОЖЕВНИКОВ
В.Ф.ИГОШЕВ

Предохранение от беременности





В. Н. КОЖЕВНИКОВ
В. Ф. ИГОШЕВ

ПРЕДОХРАНЕНИЕ ОТ БЕРЕМЕННОСТИ

Свердловск
Средне-Уральское
книжное издательство
1988

ББК 57.1
К 58
УДК 615.256.3

Рассмотрены основные методы предохранения от беременности: внутриматочные, барьерные, гормональные и ритм-метод. Кратко изложена суть менструальной функции и ее роль в наступлении беременности. Специальный раздел посвящен осложнениям и последствиям аборта.

Научный редактор —
доктор медицинских наук, профессор
Г. Д. Губин

Рецензенты:
доктор медицинских наук, профессор
Б. Л. Басин;
доктор медицинских наук, профессор
А. А. Летучих

К $\frac{4123000000\text{-}062}{\text{М } 158(03)\text{-}88}$ 122-88

ISBN 5—7529—0074—3

ВСТУПЛЕНИЕ

Планирование семьи, разделом которого является предохранение от беременности (контрацепция),— одна из важнейших программ Всемирной организации здравоохранения. Цели этой программы различны для развивающихся и промышленно развитых стран: приостановить «демографический взрыв» и уберечь от нежелательной беременности, в том и другом случаях — сохранить здоровье женщины. Социальная политика нашего государства направлена на увеличение рождаемости. Законодательство в области социального обеспечения также поддерживает увеличение рождаемости, экономически стимулирует ее.

Методы предохранения от беременности служат не столько для ограничения рождаемости, сколько для ее регулирования, что способствует рождению здорового поколения. Но недостаточные знания о половой жизни, неумение контролировать свои поступки часто ведет к нежелательной беременности, а следовательно, и к аборту.

Искусственное прерывание беременности распространено во всем мире. По расчетам советского демографа Б. Урланиса, на земном шаре ежегодно проводится 50—55 миллионов абортов при 130 миллионах родов. Особенно тревожным фактом становится аборт при первой беременности. В ГДР на долю незамужних девушек приходится 20% всех абортов. Одна из причин — увеличение интервала между биологическим созреванием и возрастом, когда разрешается вступать в брак. Это приводит не только к ранним бракам, но и к ранним добрачным связям. Так, большинство австрийских гинекологов утверждает, что девушка, физически созревая для половой жизни, в большинстве случаев ведет ее.

Социолог В. Переведенцев (1986) приводит такие данные: в Перми из каждой тысячи беременностей 272 завершились абортом, 140 женщин родили вне брака, 271 —

в первые месяцы после вступления в брак и 317 — забеременев после свадьбы. В Тюменской области, при огромном потоке молодых людей и еще не везде налаженном быте, количество абортов значительно преобладает над числом родов.

Большинство девушек, приходящих на консультацию по поводу предохранения от беременности, уже ведут половую жизнь, т. е. нуждаются в конкретной защите от нежелательной беременности, а не в чтении морали. Юные супружеские пары также далеки от психологической и социальной зрелости, не готовы к решению семейных проблем, связанных с рождением ребенка. Поэтому правомерен вопрос: не лучше ли предотвратить беременность в этих случаях, чем прерывать ее.

Имеется значительное количество женщин, для которых беременность в данный момент нежелательна по состоянию здоровья или вообще противопоказана. Только здоровая мать может иметь полноценного ребенка. После перенесения, например, некоторых операций на сердце часть женщин может вынашивать беременность без особой опасности для своего здоровья. Однако в период лечения они нуждаются в надежной защите от беременности. Исследованиями последних лет установлено, что беременность нежелательна у женщин моложе 18 и старше 40 лет, особенно в последней группе, так как повышается риск рождения неполноценных детей. Стало известным, что роды с интервалом 2—2,5 года и менее отрицательно влияют на состояние здоровья женщины: увеличиваются неблагоприятные исходы для плода и новорожденного, а также заболеваемость матери.

Количество родов далеко не безразлично для здоровья женщины. И хотя немало прекрасных примеров рождения и воспитания десяти и более детей, статистические данные свидетельствуют о том, что с увеличением количества родов свыше четырех повышается заболеваемость женщины диабетом, у них чаще развиваются анемии и открываются кровотечения.

В настоящее время клинические аспекты предохранения от беременности расширяются: регулируется наступление беременности с учетом возраста матери, числа детей, интервалов между родами, состоянием здоровья родителей и других факторов. В связи с этим Всемирная организация здравоохранения рассматривает планирова-

ние семьи как обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения только желанных детей. Внутрисемейное планирование необходимо рассматривать как существенный элемент первичной медико-санитарной помощи, необходимой для обеспечения здоровой семьи.

История проблемы предохранения от беременности (контрацепции) настолько же древняя, насколько и история человечества. По мере развития медико-биологических наук контрацепция претерпевала большие изменения. В зависимости от культурных, социально-экономических особенностей, религиозных воззрений народы используют различные методы регуляции рождаемости. Даже в одной и той же популяции их часто варьируют в зависимости от возраста.

Мы приводим все известные способы предохранения от беременности (барьерные, гормональные, ритм-метод, внутриматочные), указывая их преимущества и недостатки. Решение о применении того или иного метода должно быть согласовано с акушером-гинекологом, так как не все они универсальны. Важно, чтобы избранный метод контрацепции был удобным и психологически приемлемым для обоих партнеров.

Современные методы защиты от нежелательной беременности рассчитаны в абсолютном большинстве для использования женщиной. Но успех их применения зависит от обоих супругов. В связи с этим ниже мы расскажем читателю о физиологических процессах, протекающих циклически в женском организме. Знание их сути будет способствовать пониманию описанных методов предохранения от беременности.

• • • • •

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

Для здоровой женщины характерны периодические, как правило, мобильные и непродолжительные кровотечения из половых путей, которые называются менструациями (месячными). Наступление менструации связано со сложными и многообразными изменениями половых органов и всего организма. Поэтому весь комплекс циклически происходящих процессов в женском организме, внешне проявляющийся в виде месячных, получил название менструального цикла.

Каждый нормальный менструальный цикл заключает в себя подготовку организма женщины к возможному наступлению беременности. В середине менструального цикла происходят овуляция и выход из яичника готовой к оплодотворению яйцеклетки. Именно в этот период обычно наступают зачатие и беременность. Если оплодотворение не происходит, неоплодотворенная яйцеклетка погибает, а подготовленная для ее восприятия слизистая оболочка матки отторгается. Начинается менструальное кровотечение, которое свидетельствует об окончании цикла.

Принято исчислять начало менструального цикла с первого дня очередных месячных, а его продолжительность — от начала одних и до начала последующих месячных. Такое определение обусловлено тем, что менструальное кровотечение — одно из наиболее четких внешних проявлений циклических изменений в организме женщины.

Нормальная продолжительность менструального цикла колеблется от 21 до 35 дней. Длительность месячных при нормальном менструальном цикле в среднем 3—4 дня. Кровопотеря обычно небольшая и за все дни менструации составляет от 50 до 100 мл.

Появление первых месячных у девочек в средней полосе нашей страны приходит в 12—14-летнем возрасте. В течение последующих лет завершается становление менструальной функции, которая осуществляется в дальнейшем без перерыва на протяжении 25—28 лет. Прекращение месячных наблюдается у женщин во время беременности и у многих из них после родов в пе-

риод кормления ребенка грудью. В возрасте 45—50 лет начинается постепенное угасание менструальной функции до полного прекращения в период старения женского организма.

Менструальная функция регулируется сложным путем, при участии нервной системы и гормонов, коры головного мозга, подкорковых центров, гипофиза и яичников и, наконец, матки, маточных труб и влагалища. На протяжении менструального цикла изменяются деятельность центральной нервной системы, процессы обмена веществ, функция сердечно-сосудистой системы, терморегуляция.

Наглядный пример участия коры головного мозга в регуляции менструального цикла — изменение последнего при стрессовых ситуациях: несчастьях в семье, неприятностях на работе, неудачах в экзаменационной сессии, отчетные периоды.

Гипоталамус, отдел промежуточного мозга, регулирует влияние на гипофиз, в свою очередь подвергаясь влиянию коры головного мозга. Это своеобразный центральный «диспетчерский пункт», куда поступают сигналы и с периферии: от яичников, матки, влагалища.

В передней доле гипофиза вырабатываются гормоны, воздействующие на яичники, называемые гонадотропинами. Это фолликулостимулирующий, лютеинизирующий гормоны и пролактин. Секреция гонадотропных гормонов в передней доле гипофиза осуществляется двояким образом — непрерывно и циклически, в соответствии с фазами менструального цикла.

Яичники (рис. 1) — женские половые железы — парные органы. В них происходит периодическое созревание фолликулов и овуляция (разрыв фолликула), в результате которой освобождается зрелая яйцеклетка. Одновременно в яичниках образуются и выделяются женские половые гормоны: эстрогены и прогестерон. Созревание фолликулов, овуляция и выделение гормонов тесно взаимосвязаны и зависят от гормональной активности гипофиза. Они являются обязательным компонентом, необходимым для выполнения женским организмом детородной и менструальной функций.

В момент рождения девочки в яичниках имеется большое количество примордиальных (первичных) фолликулов, большая часть которых с наступлением половой

зрелости созревает под влиянием гонадотропных гормонов. Созревание происходит периодически, в соответствии с продолжительностью менструального цикла. Когда созревший фолликул достигает в диаметре 2 см, под влиянием гормонов и ферментов происходит его разрыв. На протяжении жизни женщины созревает около 400 фолликулов. На месте разорвавшегося фолликула образуется и созревает желтое тело. После овуляции яйцеклетка попадает в маточную трубу, а затем ее сокращениями проталкивается в матку.

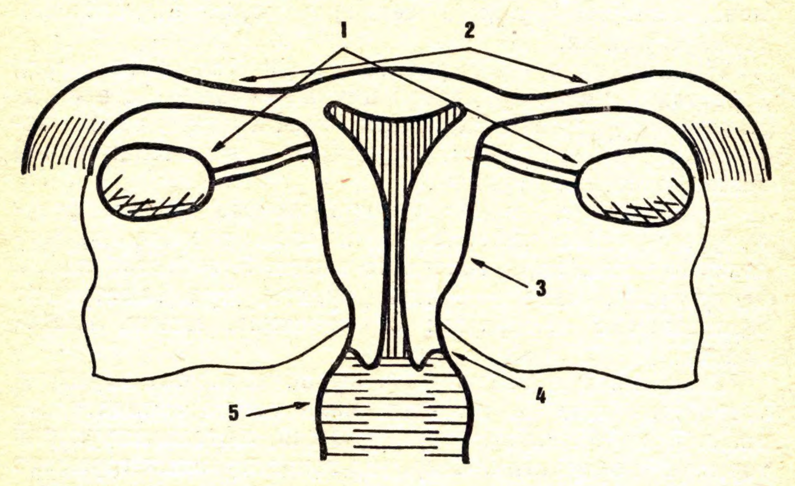


Рис. 1 Схема половых органов: 1 — яичники; 2 — маточные трубы, 3 — матка; 4 — шейка матки; 5 — влагалище

Половые гормоны оказывают большое влияние на весь организм женщины, и на ее половые органы в частности. Под воздействием эстрогенов у девочки развиваются вторичные половые признаки в виде типичного для женщин распределения подкожного жирового слоя, характерной формы таза, увеличения молочных желез, роста волос на лобке. Кроме того, эстрогены способствуют росту и развитию половых органов, как внутренних, так и наружных. Они оказывают значительное влияние на обменные процессы и терморегуляцию. Под воздействием эстрогенов происходят усиленное потребление белков, задержка натрия и воды в организме, в связи с этим наблюдается понижение температуры тела.

Прогестерон, вырабатываемый главным образом желтым телом яичника, способствует изменениям эндометрия (внутреннего слоя матки), наступающим в процессе подготовки матки к имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Под влиянием этого гормона подавляются возбудимость и сократительная способность матки при одновременном увеличении ее растяжимости. Прогестерон вместе с эстрогенами играет большую роль в подготовке молочных желез к лактации после родов. Он способствует усвоению организмом поступающих белков, обусловливает небольшое повышение температуры тела.

Матка (см. рис. 1) представляет собой полый мышечный орган. Ее стенка состоит из трех слоев: наружного серозного, среднего мышечного и внутреннего слизистого, называемого эндометрием. В связи с процессом репродукции (воспроизведения) матка последовательно выполняет три основных функции: менструальную, необходимую для подготовки слизистой к беременности; плодовместилища для обеспечения оптимальных условий развития плода; плодоизгоняющую при родах.

Первая фаза менструального цикла начинается через 2—3 дня после окончания менструации. При этом утолщается слизистый слой матки, в нем развиваются маленькие железы. Максимально выраженное утолщение наблюдается к моменту полного созревания фолликула и овуляции, т. е. к 12—14-му дням 28-дневного цикла.

Во второй фазе менструального цикла под влиянием быстро нарастающей активности прогестерона железы слизистой матки начинают вырабатывать секрет. Именно к этому времени внутренний слой матки оказывается полностью подготовленным к восприятию оплодотворенной яйцеклетки.

Если после овуляции оплодотворения яйцеклетки и развития беременности не происходит, сигналы об этом поступают в гипофиз и гипоталамус. Под их воздействием снижается выделение яичниками половых гормонов. В результате начинается очередная менструация, которая является третьей фазой цикла.

Ко времени прекращения менструации наступает четвертая фаза цикла — восстановление слизистой оболочки матки, продолжающееся 2—3 дня.

Фазовые изменения происходят и в шейке матки. По мере приближения срока овуляции изменяются физико-химические свойства слизи, увеличивается ее ко-

2 Зак 106

личество. Наблюдается приоткрытие наружного зева шейки матки. Эти процессы имеют большое биологическое значение, так как облегчают попадание сперматозоидов через шеечный канал в полость матки, а оттуда в маточные трубы. После наступления овуляции и образования желтого тела все изменения в шейке матки довольно быстро претерпевают обратное развитие.

Под влиянием гормонов яичника находится также влагалище, особенно его слизистая оболочка. У здоровых женщин в репродуктивном периоде жизни при отсутствии воспалительных заболеваний половых органов отделяемое влагалища имеет молочный цвет и слабокислый характер. Последнее является естественным защитным барьером для инфекции и способствует нормальной подвижности сперматозоидов.

● ● ● ● ●

РИТМ-МЕТОД

Большое распространение получил способ предохранения от беременности, так называемый ритм-метод — календарный, физиологический, температурный и т. д., в зависимости от критерия, по которому он характеризуется. В основе ритм-метода — использование циклических изменений в организме женщины, а также периодичность возможности наступления беременности. Поскольку способность к зачатию появляется до и после овуляции, то при выборе этого метода необходимо знать день ее наступления. Наиболее просто и доступно определить его, ежедневно измеряя температуру тела во влагалище или прямой кишке в течение 5 минут. Недопустимо измерение температуры под мышкой.

Для получения точных данных нужно соблюдать ряд условий. Термометрию следует проводить ежедневно утром перед тем, как встать с постели, в одно и то же время. Допустимые колебания, которые не отражаются на точности данных, могут составлять не более одного часа. Результаты термометрии нужно тотчас занести на температурный лист, отдельный для каждого менструального цикла. Записи лучше вести в тетради в клеточку, чтобы было удобнее построить график (рис. 2).

Ряд профессий требует работы в ночное время. В этом случае температуру тела нужно измерять только после отдыха, т. е. 3—4-часового сна, также в одно и то же время.

Большое влияние на точность графиков оказывает повышение температуры, связанное с простудой, общим недомоганием, воспалительными заболеваниями любой локализации. Поэтому на температурном листе этот период следует отмечать особо

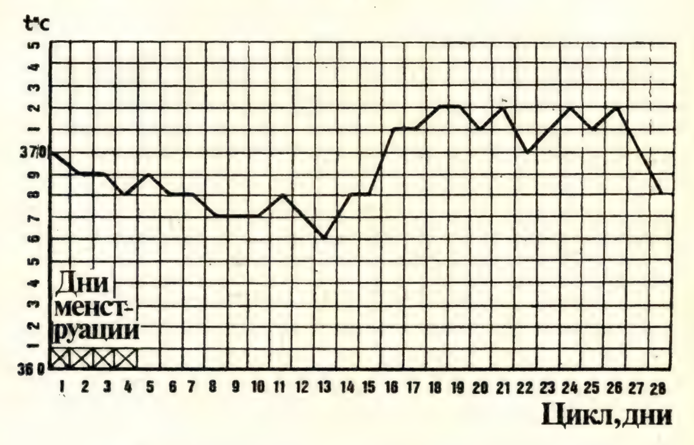


Рис 2 График менструального цикла

Для того, чтобы получить полную уверенность в ритм-методе, необходимо иметь температурные графики за 12 месяцев. При регулярном менструальном цикле, т. е. когда месячные начинаются через одно и то же количество дней, можно ограничиться тремя температурными графиками.

Подъем температуры на 0,4—0,8 °С свидетельствует о прохождении овуляции (см. рис. 2), при регулярном цикле он приходится на один и тот же день, считая от первого дня менструации. Срок овуляции можно выявить по множеству чрезвычайно разнообразных признаков, степень проявления которых носит сугубо индивидуальный характер. Часть женщин очень хорошо знают эти проявления, как, например, недомогание или чувство дискомфорта. Значительное число пациенток, не фиксируя свое внимание на такого рода симптомах, при подробном опросе могут достаточно хоро-

шо их описать. И лишь небольшое количество женщин не могут вспомнить и рассказать об этих проявлениях.

Несмотря на многообразие и различное сочетание симптомов овуляции общими являются постоянство и повторяемость их в менструальных циклах. Проявление части признаков связано с процессами в половых органах: изменением количества, вида и вязкости влагалищных белей; появлением розовато-окрашенных, бурых или даже кровянистых выделений — так называемое «овуляционное кровотечение». Иногда женщины испытывают неприятные ощущения в низу живота, продолжающиеся 1—2 дня и описываемые в литературе как овуляционные боли.

Большая часть симптомов овуляции связана с изменением психоэмоционального состояния, выражающегося в усилении чувствительности, периодическом угнетении, бессоннице, общем чувстве тяжести и утомления.

Достаточно часто овуляция сопровождается высыпаниями на коже, появлением зуда в определенных местах, проявлением жирности волос, усилением болей по ходу варикозного расширения вен. Иногда женщины отмечают появление тошноты или даже рвоты, дискомфорт желудочно-кишечного тракта, который проявляется вздутием кишечника, ложными позывами к его опорожнению. Нередко случается и учащение мочеиспускания. Во время овуляции женщины ощущают наполнение и напряжение молочных желез.

Предохранение от беременности, основанное на выявлении субъективных симптомов овуляции, нельзя использовать в качестве самостоятельного метода, а лишь в порядке исключения, в основном в постовуляционный период.

В приведенном нами примере (см. рис. 2) подъем температуры произошел в течение 48 часов, т. е. на 14-й и 15-й дни менструального цикла. Если температура в три последующие дня (на рис. 2 это 16—18-й дни) как минимум превышала на 0,2° температуру шести предшествующих дней цикла (с 10-го по 15-й), то подъем температуры без сомнения связан с овуляцией.

Статистический разброс овуляции определяется в нашем примере в пределах пяти дней, т. е. между 12-м и 16-м днями цикла. Учитывая, что возможная продол-

жительность жизнеспособности сперматозоидов три дня, период возможного зачатия определяется восемью днями (рис. 3). Это период высокого риска для наступления нежелательной беременности. Периоды, предшествующие и следующие за сроком овуляции, называются соответственно пред- и постовуляционными. В нашем примере — 5—9-й и 18—28-й дни, именно в эти периоды при 28-дневном менструальном цикле можно не опасаться наступления непланируемой беременности.

С учетом теоретической возможности продолжительности жизнеспособности яйцеклетки в течение трех суток,



Рис. 3. Определение периодов бесплодия в цикле

период постовуляционного бесплодия начинается с четвертого дня температурного скачка, а в приведенном температурном графике — с 18-го дня цикла.

Описанный метод, опирающийся на данные, полученные при измерении температуры тела в предыдущих циклах и с помощью календаря, рассчитанный на предстоящий цикл, достаточно надежен. Эффективность его составляет 90—95%, как при использовании барьерных методов (презерватива, колпачка). Но он может быть использован только при регулярном менструальном цикле продолжительностью от 21 до 35 дней.

На рис. 4 приведена шкала, по которой можно сделать расчеты для продолжительности менструального цикла от 23 до 40 дней. На шкале дни возможной овуляции указаны с учетом статистического разброса, учтены дни максимальной продолжительности жизни сперматозоидов. Чтобы воспользоваться этой шкалой, необходимо иметь только регулярный цикл.

Для того чтобы использовать физиологические периоды бесплодия каждого менструального цикла, необходимо достаточно высокое чувство самодисциплины. Согласно нашим многолетним наблюдениям ритм-метод предохранения от беременности более всего подходит семейным парам, ведущим регулярную половую жизнь. Молодая девушка, готовящаяся к вступлению в брак, может составить предварительные температурные графики и начало половой жизни связать с его данными. Однако использование ритм-метода молодыми людьми



Рис 4 Шкала дней бесплодия и зачатия в зависимости от продолжительности цикла (по А. Хольту)

требует определенной их психологической подготовленности: взаимного согласия, привычки к воздержанию в середине менструального цикла (8—9 дней), когда возможно наступление незапланированной беременности.

Временное воздержание компенсируется в последующем некоторой повышенной активностью, а с психологической точки зрения делает супругов более желанными друг для друга. Никаких физиологических нарушений не происходит, и на здоровье супругов и их потенцию временное воздержание вредного влияния не оказывает. Некоторые исследователи, занимающиеся психологическими аспектами различных методов контрацепции, утверждают, что ритм-метод с периодами воздер-

жания, наоборот, способствует гармонии половой жизни

Если по какой-либо причине супруги не имеют возможности соблюдать воздержание в середине менструального цикла, они могут прибегать для защиты от нежелаемой беременности к одному из барьерных методов, описанных ниже. Использование постинора (гормонального противозачаточного средства, рекомендуемого женщинам, не живущим регулярной половой жизнью) в этих случаях недопустимо, так как он может изменить характер данного менструального цикла и, следовательно, время овуляции.

Безусловно, получение температурных графиков для ритм-метода требует определенных бытовых удобств. Трудно предположить, чтобы женщина смогла воспользоваться этим методом, находясь во временных или приспособленных жилищных помещениях, находясь в пешем или автомобильном путешествиях, на море во время отпуска. При смене климатических зон, образа жизни или внезапно возникающих психологических нагрузках (стрессах), связанных с различного рода неприятностями, экзаменами, сменой места работы и т. д., сроки овуляции могут измениться. Когда срок изменения привычных условий ограничен одним месяцем, то в этот период предпочтительнее воспользоваться одним из барьерных методов контрацепции, а потом вернуться вновь к ритм-методу.

При вычислении дней, в которые беременности не происходят, а также при всех затруднениях, возникающих в связи с оценкой данных измерения температуры, необходимо обращаться к участковому акушеру-гинекологу, представив ему температурные графики.

Мы считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что ритм-метод физиологичен, при правильном соблюдении достаточно надежен, может использоваться в любом возрасте и как угодно долго. Не приносит ни малейшего вреда здоровью супругов. Однако не нужно забывать условия, при которых применение данного метода предохранения от беременности рискованно: при нерегулярном менструальном цикле, т. е. постоянно изменяющемся количестве дней между первыми днями очередной менструации и первыми днями последующей; после аборта и родов в течение шести месяцев, если женщина не вскармливает ребенка грудью, и в течение всего периода лактации при вскармливании ребенка грудью

Учитывая, что метод эффективен на 95%, его нельзя рекомендовать женщинам, которым по состоянию здоровья беременность абсолютно противопоказана.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Попытки вводить инородные тела в матку для предохранения от беременности известны с давних времен. Имеются сведения, что уже в Древнем Риме с этой целью применялись изделия из драгоценных металлов, обладающих определенной химической инертностью. В более поздние времена этот метод контрацепции не получил развития из-за низкой эффективности средств предохранения.

В наше время применение внутриматочных средств (ВМС) предохранения от беременности получило бурное развитие. В 1962 году американский ученый Липпес предложил для введения в полость матки полиэтиленовую петлю. Контур ее соответствует полости матки. К концу петли прикреплена нейлоновая нить, за которую приспособление при необходимости извлекается. В последующие годы в разных странах разработано множество типов ВМС, но лишь петля Липпеса (рис. 5, а) выдержала длительную проверку.

В полиэтилен петли вводится добавка сульфата бария, что позволяет контролировать ее положение в матке рентгенологически. Петля имеет четыре размера: номер первый — 25 мм в диаметре, второй — 27,5, третий и четвертый — 30 мм. Петля четвертого номера отличается большей толщиной. Для нерожавших женщин обычно подходит петля первого номера, для многорожавших — четвертого. В большинстве случаев используются петли второго и третьего номеров. Выбор размера петли производится акушером-гинекологом. Это противозачаточное средство используется более чем в 70 странах мира, а в нашей стране — как основной тип ВМС.

Всемирная организация здравоохранения поощряет промышленный выпуск ВМС. Широкое развитие внутриматочной контрацепции началось в развитых странах, затем во всем мире. Так, в Швеции и Финляндии около

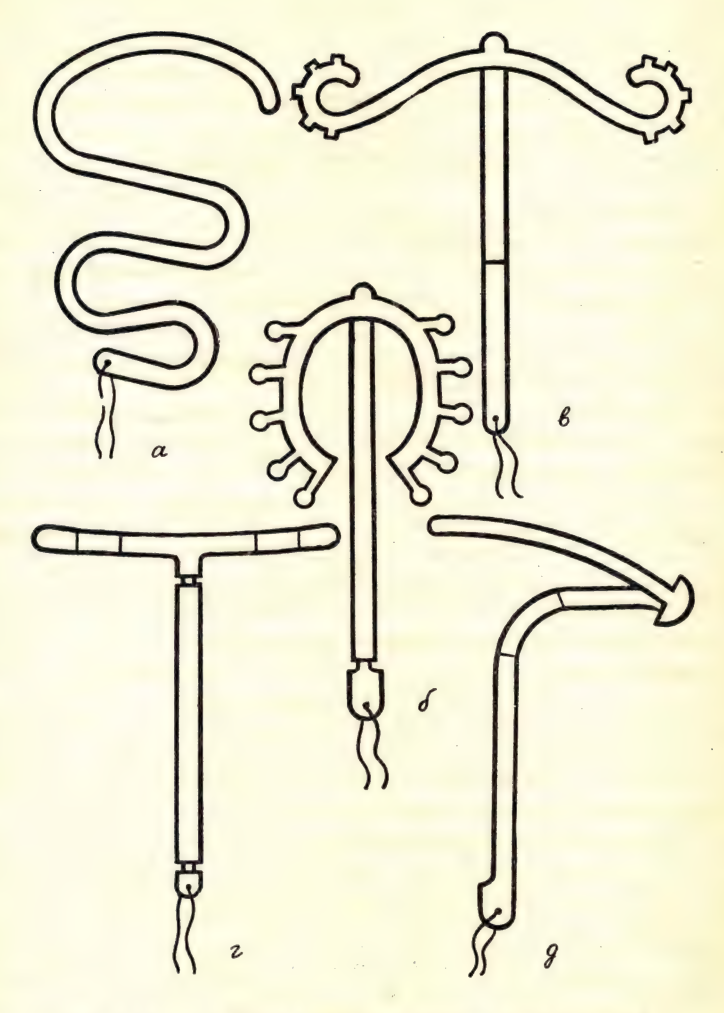


Рис. 5 (а — д). ВМС различных форм и конфигураций

20 % замужних женщин детородного возраста используют этот метод предохранения от беременности.

На первом этапе разработки были сформулированы общие требования к ВМС: высокая эффективность противозачаточного действия, минимальные осложнения в виде инфекции и изгнания средства из матки, комфорт при половой близости. Механизм контрацептивного действия ВМС достаточно сложен; объясняют его ученые по-разному. Некоторые из них полагают, что в основе действия ВМС лежит реакция матки на чужеродное тело, приводящая к биохимическим и биологическим изменениям в ней. Последние в свою очередь влияют как на продвижение сперматозоидов, так и яйцеклетки, а в дальнейшем — на развитие оплодотворенной уже яйцеклетки, препятствуя ее внедрению в слизистую оболочку матки; если же внедрение произошло, то способствуют выталкиванию ее из матки.

Согласно теории рефлекторного действия ВМС, при их использовании усиливается сокращение маточных труб, следствием чего является ускоренное прохождение через них яйцеклетки. Это не позволяет ей развиваться до той стадии, на которой она может быть оплодотворена. А если яйцеклетка все же созревает и оплодотворяется, то она не успевает развиться до такой стадии, на которой происходит дальнейшее внедрение в слизистую оболочку матки. Ряд исследователей объясняют контрацептивный эффект ВМС тем, что в присутствии внутриматочного средства происходят захват сперматозоидов защитными клетками организма и их разрушение.

Какому бы из объяснений ни давали предпочтение исследователи, все они сходятся на мнении, что контрацептивный эффект ВМС обусловливается его местным действием на внутреннюю поверхность матки, а изменений во всех половых органах и вообще в организме не происходит.

Для усиления рефлекторного и механического воздействия ВМС начали совершенствовать их форму и конфигурацию (рис. 5, б, в). Создано более 50 видов ВМС из пластмассы и металла, которые отличаются друг от друга не только формой, но и размерами, жесткостью. Сложность изготовления ВМС заключается в том, что при большой их жесткости возникает опасность перфорации стенки матки, а при излишней гибкости происходит их самопроизвольное изгнание из полости мат-

ки. Подобные трудности возникают при выборе размера ВМС. Неизменной остается только нить, за которую при необходимости ВМС можно легко извлечь и по которой можно определить, что оно находится в матке.

Для повышения токсического действия ВМС на сперматозоиды и оплодотворенную яйцеклетку в его материал начали добавлять медь. Резкое увеличение контрацептивного действия медьсодержащих ВМС за счет специфического влияния ионов меди позволило уменьшить их размеры без снижения эффективности (рис. 5, г, д).

Если женщина выбирает ВМС как приемлемый для себя метод контрацепции, то ей необходимо обратиться в женскую консультацию для определения условий и времени введения ВМС. Особо важен выбор времени введения, так как от него зависят возможность инфицирования, частота изгнания ВМС и его эффективность. Считается более предпочтительным введение ВМС в начале менструального цикла, а точнее — в течение последних двух дней месячных или сразу после их окончания. В этот период исключена возможность беременности, канал шейки матки свободно пропускает ВМС, незначительна опасность инфицирования. Если в ответ на введение ВМС и возникают кровянистые выделения, то, совпадая с днями менструации или несколько удлиняя последнюю, они не вызывают особого беспокойства. Встречаются и механические затруднения при введении ВМС; примерно 10 % женщин, абсолютное большинство среди которых нерожавшие, ввести ВМС не удается.

После введения ВМС женщины ощущают легкий дискомфорт или даже боли, тянущие, иногда схваткообразные, возникающие в нижней части живота и пояснице. Эти болевые ощущения носят обычно непостоянный характер и со временем проходят. Дело в том, что матка стремится избавиться от инородного тела, поэтому тонус ее повышается и возникают сокращения, что проявляется схваткообразными болями. Указанные явления возникают не всегда сразу после введения ВМС, иногда — через определенный промежуток времени и преходящие. У нерожавших и небеременевших женщин боли значительно интенсивнее, чем у рожавших. Чаще всего болевые ощущения удается облегчить тепловыми процедурами, приемом анальгина или амидопирина. Изредка интенсивные непрекращающиеся боли служат

показанием для удаления ВМС, в этом случае необходимо обратиться к гинекологу.

После введения ВМС первые два дня следует воздержаться от половых сношений.

В течение первых нескольких месяцев увеличивается менструальная кровопотеря, как за счет некоторого удлинения месячных, так и более обильных выделений. Как правило, это быстро проходящее явление. Изредка кровянистые выделения достигают значительной выраженности, не поддаются медикаментозному лечению, и тогда это показание для удаления ВМС из полости матки.

Во время менструации возможно смещение или даже выталкивание ВМС, подчас не заметное для женщины. Поэтому после каждой менструации женщина должна проверять наличие ВМС по нитям («сильному хвосту»), выходящим из шейки матки. При этом недопустимо потягивание за нити, так как можно извлечь ВМС. Если нити не ощущаются, нужно немедленно обратиться к врачу.

Перед введением ВМС проводится инструктаж женщин, во время которого врач объясняет сущность внутриматочной контрацепции, рассказывает о ее преимуществах и недостатках. Предупреждает о возможности возникновения болей и кровянистых выделений, указывает на временный характер этих явлений, достаточно быстрое исчезновение дискомфорта.

Первое плановое посещение женской консультации необходимо провести через месяц, следующее — через три, а в дальнейшем — каждые шесть месяцев. Если появятся какие-либо жалобы, то с ними следует обратиться к врачу вне контрольного срока.

Большую тревогу вызывает у женщин возможность инфицирования половых органов при введении ВМС или во время ношения его. Однако при строгом соблюдении асептики и антисептики воспалительных заболеваний, как правило, не наблюдается.

Бытуют слухи о влиянии ВМС на возникновение рака женских половых органов, но они необоснованны. В результате исследований, проведенных во всем мире, в ходе которых обследовано большое количество женщин, использующих ВМС, получены убедительные статистические данные, согласно которым увеличения заболевания раком тела и шейки матки не происходит.

Точно определено содержание дезоксирибонуклеиновых кислот (ДНК) в эндометрии матки у женщин — носительниц ВМС. Это подтвердило отсутствие каких-либо признаков, указывающих на развитие ракового заболевания.

В последние годы была доказана возможность введения ВМС после окончания беременности, но не сразу после родов, так как матка, постепенно сокращаясь, часто его выталкивает. Поэтому более рационально введение ВМС через два месяца после родов, если последние не сопровождаются развитием инфекции.

Введение ВМС сразу после аборта, произведенного до 12-й недели беременности, имеет ряд преимуществ. Не требуется расширения цервикального канала, неприятные ощущения во время введения ВМС отсутствуют, а явления дискомфорта и сокращения матки в последующем выражены в значительно меньшей степени. К тому же в это время женщина психологически не заинтересована в наступлении беременности, что также резко снижает частоту самопроизвольного изгнания ВМС. Казалось бы, выбор этого времени опасен для возможного инфицирования половых путей и увеличения послеабортных осложнений. Однако практика показала, что число осложнений и контрацептивный эффект ВМС в этот период такие же, как при введении средств после менструации.

При самопроизвольных и криминальных абортах опасность инфицирования при введении ВМС достаточно высокая. После оперативных родов путем кесарева сечения, при отсутствии осложнений в послеоперационном периоде, ВМС можно вводить не ранее шести месяцев после операции.

Показание к использованию ВМС — желание женщин предупредить наступление беременности, как рожавших, так и нерожавших. Нужно только отметить, что внутриматочная контрацепция для нерожавших женщин — не идеальный способ, особенно для тех, которые в дальнейшем захотят иметь детей.

ВМС не требует каких-либо предосторожностей во время полового акта, как со стороны мужчины, так и со стороны женщины. Эти средства лишены каких-либо эстетических недостатков.

Более того, применение ВМС нормализует сексуальную функцию женщины, снимая с нее во время полового

акта страх нежелательной беременности, способствует замедлению или прекращению развития таких заболеваний, как мастопатия и фиброаденоматоз молочных желез

ВМС могут оставаться в матке (рис. 6) в течение двух-трех лет, а ВМС с добавлением меди — до четырех. Иногда женщина носит внутриматочный контрацептив в течение пяти и более лет без каких-либо отрицательных последствий.

Если ВМС не вызывает всякого рода осложнений, то оно и не оставит отрицательных последствий для наступления беременности после его удаления. У абсолютного большинства женщин в таких случаях беременность наступает в течение первых 12 месяцев.

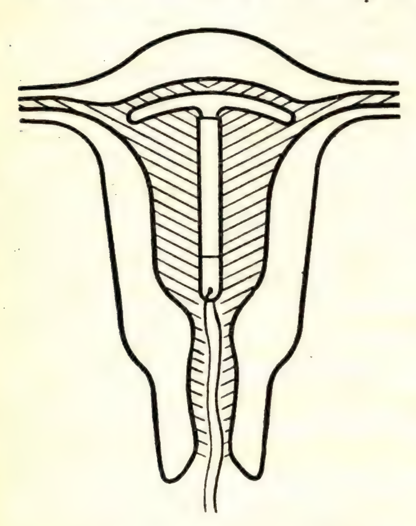


Рис 6 Положение ВМС в матке

Несмотря на высокую эффективность противозачаточного действия, ВМС не может исключить очень редкую возможность наступления беременности. Беременность может развиться, но чаще заканчивается самопроизвольным абортом (50 %). И хотя ВМС не оказывает неблагоприятного воздействия на плод, беременность, если позволяет срок, желательно прервать.

ВМС не может предотвратить внематочную беременность так же эффективно, как маточную, но ни в коем случае не способствует ее возникновению. ВМС не ликвидирует и условия появления внематочной беременности. Наблюдения свидетельствуют о том, что чем старше женщина, тем меньше частота наступления беременности и реже противопоказания к применению ВМС.

Не показано использование ВМС бездетным женщинам, имевшим один и более самопроизвольных выкидышей. Неустановленные причины выкидышей, а также сопровождавшие их микротравмы слизистой матки могут при использовании ВМС вызвать ряд осложнений, чаще всего воспалительного характера.

К относительным недостаткам ВМС можно отнести невозможность самостоятельного их введения и ограниченность срока ношения. Окончательное решение возможности использования ВМС каждой женщиной принадлежит акушеру-гинекологу.

Противопоказания для введения ВМС мы приводим согласно данным Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР.

1. Наличие беременности или хотя бы подозрение на нее.

2. Острые или хронические воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов. (Трихомоноз и грибковые заболевания перед введением ВМС также требуется вылечить.)

3. Наличие периодически обостряющихся воспалительных заболеваний в прошлом.

4. Спонтанные выкидыши, сопровождающиеся инфицированием, если после этого прошло не более трех месяцев.

5. Инфекционные осложнения в послеродовом периоде до истечения трех месяцев.

6. Врожденные пороки развития матки, изменяющие ее форму и делающие невозможным размещение в ней ВМС.

7. Ряд заболеваний, таких как фибромиома матки, которые также приводят к изменению формы полости матки.

8. Сужение или затрудненная проходимость канала шейки матки.

9. Кровянистые выделения, маточные выделения неизвестного происхождения.

10. Очень болезненные месячные, обильно и длительно протекающие, с потерей в эти дни трудоспособности.

11. Подозрение на злокачественные новообразования и, разумеется, наличие их.

12. Повторяющиеся самопроизвольные изгнания ВМС, даже больших размеров.

13. Аллергические проявления на материал, из которого изготовлен ВМС.

14. Заболевания шейки матки. После излечения ряда этих заболеваний (воспалительных, эрозии) введение ВМС возможно.

При наличии ВМС иногда возникает необходимость для их удаления. Это прежде всего желание женщины

прекратить дальнейшее предохранение от беременности вообще или данным способом и в тех случаях, когда наблюдаются очень обильные месячные или повторные кровянистые выделения в межменструальный период, а также при неполном изгнании ВМС. Как уже указывалось, наступление беременности также служит показанием для извлечения ВМС. Необходимо удалять ВМС при появлении воспалительных заболеваний.

Извлечение ВМС производится в женской консультации со строгим соблюдением правил асептики и антисептики. Удаляется ВМС очень медленно за нити.

Таким образом, высокая эффективность и продолжительность использования, возможность удаления в любое время и отсутствие необходимости в частой смене, допустимость применения во время кормления ребенка грудью, отсутствие нежелательных ощущений при половом акте и воздействия на половое влечение, а также отрицательного влияния на общее состояние здоровья делают внутриматочные средства очень популярным методом предохранения от беременности.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

Огромным достижением в решении проблемы планирования семьи явилось создание гормональных препаратов. С начала выпуска и массового их применения прошло всего 25 лет. Однако появление гормональных пилюль повлекло за собой ряд медико-социальных проблем. Высокий и надежный противозачаточный эффект обусловил их большую популярность. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 1983 г. 80 миллионов женщин всего мира использовали гормональные средства контрацепции. А газета «Юманите» в 1984 г. привела такие данные: свыше 20 миллионов женщин в Западной Европе пользуются сегодня этими препаратами.

Гормональные противозачаточные средства содержат синтетически полученные женские половые гормоны, эстрогены и гестагены. Их содержание в таблетках очень низкое, а комбинация учитывает физиологический ритм колебаний менструального цикла.

Действие гормональных контрацептивов основано на механизме связей между половыми гормонами, вырабатываемыми яичниками, и регулирующей их системой гипофиз — гипоталамус. Образно говоря, принимаемые таблетки создают в организме гормональный фонд, который «обманывает» управляющие центры и таким образом блокирует овуляцию.

В аптечной сети имеются следующие гормональные контрацептивные препараты: нон-овлон, бисекурин, овидон, ригевидон, секвилар, триквилар, линдиол, овулен, микрогенон, микролют и др. Каждая их упаковка содержит 21 таблетку. Прием начинается с пятого дня менструального цикла, считая от первого дня появления очередных месячных, и продолжается ежедневно по одной таблетке в течение 21 дня. Через два, реже три дня начинается очередная менструация, через день-два после нее вновь возобновляется прием препаратов.

Предпочтительнее прием таблеток проводить в одно и то же время суток, увязывая его с каким-нибудь ежедневно повторяющимся событием, например перед тем как ложиться спать. Если по какой-либо причине препарат не принят, то это можно сделать позднее, но так, чтобы интервал между двумя таблетками не превышал 36 часов.

Контрацепция с помощью гормональных препаратов способствует устойчивости менструального цикла, ограничивая его 28 днями.

Иногда после приема 21-дневной дозировки менструация не наступает. В этом случае после 7-дневного перерыва, безусловно, если препарат принимался регулярно, следует начинать следующий курс. При точном приеме препарата отсутствие кровотечения не означает наличие беременности. Однако при возникновении такой ситуации следует посоветоваться со своим участковым акушером-гинекологом.

Надежность контрацепции гормональными препаратами даже с учетом ошибок применения составляет около 100 %.

Прием гормональных контрацептивов сопровождается так или иначе некоторыми побочными явлениями. Большинство из них носят безобидный характер и не считаются заболеваниями. Один и тот же препарат у разных женщин может вызвать неодинаковые побочные реакции, как и один и тот же побочный эффект может обуслов-

ливаться разными гормональными контрацептивами и исчезать при приеме другого препарата, наиболее оптимального для данной пациентки. Побочные реакции могут иметь различные длительность, интенсивность и время появления: в начале или конце приема препарата, а также в ответ на прекращение его использования. К ранним побочным реакциям, которые обычно наблюдаются только в первые месяцы использования контрацептивов, относятся тошнота, головокружение, нагрубание молочных желез, межменструальные кровянистые выделения, боли в животе, прибавка в весе.

В дальнейшем приему гормональных препаратов могут сопутствовать такие симптомы, как головная боль, утомляемость, раздражительность, депрессия, задержка менструации, некоторое понижение полового влечения. После прекращения приема иногда некоторое время могут отсутствовать месячные. Однако возникновение всех этих побочных реакций и неприятные ощущения, связанные с ними, ни в какой степени не могут сравниться с риском нежелательной беременности и осложнений после ее прерывания. К тому же все перечисленные расстройства проявляются лишь в первые циклы приема препаратов, впоследствии они обычно уменьшаются или полностью исчезают. В целом переносимость гормональных контрацептивов хорошая, и только в редких случаях возникает необходимость отказа от их применения. В нашей стране гормональные препараты длительное время применялись только с лечебной целью и срок приема ограничивался тремя — шестью месяцами. Поэтому, когда они начали использоваться для контрацепции, продолжительность приема также не превышала шести месяцев, после чего рекомендовался перерыв на 2—3 месяца. Применение такой методики приводило к повторяющимся периодам адаптации к препарату.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует использование гормональных препаратов непрерывно в течение двух лет под контролем врача. В первый год необходимо проходить осмотр через три, шесть, двенадцать месяцев, а в дальнейшем — каждые шесть месяцев.

Метод гормонального предохранения от беременности в первую очередь, как мы считаем, показан для молодых супружеских пар. Вновь созданная семья не всегда считает возможным иметь на первых порах ре-

бенка. Решение этого вопроса зависит в этом случае от многих факторов: завершение образования, нерешенность жилищной проблемы, служба в армии и т. д., т. е социальные условия часто диктуют необходимость отложить прибавление семьи. Но молодой паре, испытывающей радость физического познания друг друга, трудно предложить какой-либо метод предохранения от беременности, требующий самодисциплины и определенных бытовых условий. Как правило, при использовании барьерных методов контрацепции они совершают промахи, ритм-метод мало подходит для молодых супругов, а введение внутриматочных средств молодой женщине зачастую отвергается по психологическим мотивам.

Заключение брака всегда планируется во времени, а следовательно, заранее можно начать прием гормональных таблеток, чтобы начало половой жизни не сопровождалось риском наступления нежелательной беременности. Отсутствие страха перед ней будет способствовать более быстрому установлению гармонии в супружеских отношениях. Очень важно то обстоятельство, что при использовании данного метода контрацепции не страдает этическая сторона интимных отношений.

Длительное время считалось, что использование гормональных контрацептивов девушками и молодыми женщинами может привести к стойким нарушениям менструальной функции или даже бесплодию. Однако на международных симпозиумах 1979 и 1981 гг., посвященных вопросам использования гормональных препаратов для планирования семьи, были сообщены результаты исследований, которые рассеяли эти опасения. Было установлено, что в любом случае психологические, социальные, а также физические последствия нежелательной беременности, ее прерывания значительно тяжелее, чем прием противозачаточных средств.

Спонтанное восстановление цикла менструации (возвращение к прежнему от 28-дневного) у большинства женщин обычно происходит сразу же после отмены контрацептивов. Возможность зачатия после прекращения приема таблеток сохраняется такой же, какой она была до начала использования метода. Беременность наступает в течение ближайших двух — шести месяцев. Количество осложнений при беременности, число самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, течение родов — такие же, как у женщин, не принимавших гормональных контрацептивов

Гормональные методы рекомендованы также уже рожавшим женщинам, которые в силу каких-либо причин не имеют возможности использовать ритм-метод, либо введение им внутриматочных средств контрацепции откладывается из-за необходимости, например, проведения лечебных мероприятий терапевтического и хирургического характера. Часто в эту категорию входят женщины с заболеваниями шейки матки, перенесшие операцию по поводу внематочной беременности или воспалительный процесс половых органов. Безусловно, идеальным было бы решение в данном случае вопроса с предохранением от беременности в пользу избрания ритм-метода, но, как уже указывалось, не каждая супружеская пара обладает высокой самодисциплиной. Для ликвидации заболевания шейки матки или полного восстановления здоровья после перенесенных воспаления и операции необходимо иногда 6—12 месяцев. Удобнее всего в такие периоды избрать гормональную контрацепцию, которая будет защитой до того времени, когда будут возможны подготовка и выбор иного метода, рассчитанного на более длительный период.

Наконец, третья группа женщин, которым гормональный метод предохранения необходим по медицинским показаниям. Это пациентки с гинекологическими заболеваниями, такими, например, как фибриома матки, ряд нарушений менструальной функции и т. д. Особенно многочисленна группа женщин, страдающих доброкачественными заболеваниями молочных желез, фиброзно-кистозной мастопатией и фиброаденомой. Барьерные методы контрацепции им противопоказаны. Ритм-метод и внутриматочные средства вполне приемлемы, но гормональная контрацепция оказывает положительное влияние на заболевание молочных желез и, следовательно, более предпочтительна, т. е. одновременно является лечебным фактором. Эту категорию женщин целиком определяет акушер-гинеколог.

Приобрести гормональные препараты можно только по рецепту врача. Это означает, что избранный метод обязательно должен быть согласован с участковым гинекологом. Дело в том, что гормональный метод предохранения от беременности имеет ряд противопоказаний, более того, иногда использование его может повредить здоровью. Имеются и возрастные ограничения таблетированных гормональных препаратов, их нельзя приме-

нять девушкам до 16 лет и женщинам старше 40. Последней категории пациенток гормональные контрацептивы назначаются только как лечебное средство при ряде заболеваний.

Ниже приведены противопоказания для приема гормональных препаратов, сформулированные Институтом акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР.

1. Наличие доброкачественных или злокачественных опухолей, а также определенный период после их удаления.
2. Все сосудистые заболевания.
3. Повышенная свертываемость крови и тромбоэмболическая болезнь.
4. Ишемическая болезнь.
5. Церебральная сосудистая недостаточность.
6. Гипертония (эссенциальная и симптоматическая).
7. Нарушение венозного кровообращения.
8. Идиопатическая и алиментарная гиперлипидемия.
9 Липоидозы.
10. Сахарный диабет.
11. Гипофизарная и надпочечниковая недостаточность.
12. Заболевания щитовидной железы, печени, почек.
13. Неврозы, психозы, психопатии, эпилепсия.
14. Гиперпилезы, невриты зрительных нервов.
15. Заболевания крови.
16. Коллагенозы.

Нельзя применять гормональные контрацептивы в период вскармливания ребенка грудью.

Фактором повышенного риска, приводящего к заболеванию ишемической болезнью при использовании гормонов, является курение.

Во всей мировой литературе, посвященной гормональным методам предохранения от беременности, отсутствуют какие-либо сведения о повышенном риске заболевания раком при их применении. Более того, имеются данные, что в этих случаях уменьшается частота заболевания раком молочной железы в детородном периоде. Однако гормональные контрацептивы могут способствовать развитию уже имеющихся в организме опухолевых клеток и таким образом выявляют скрыто существующую их начальную стадию.

Постоянная разработка и поиск новых гормональных

препаратов продолжаются и сегодня. Они направлены на снижение концентрации гормонов в таблетках, в особенности эстрогенов. Практически все противопоказания для приема гормональных контрацептивов обусловлены наличием в них эстрогенов. Поэтому большим достижением явилось создание нового препарата, содержащего только один гормон,— континуина (венгерской фирмы «Гидеон — Рихтер»).

Этот препарат не тормозит овуляцию, а препятствует проникновению сперматозоидов и оплодотворению. Начало приема препарата должно совпадать с первым днем менструального цикла, затем по одной таблетке ежедневно без перерыва, вне зависимости от времени следующих месячных. Промежуток времени между приемами двух таблеток не должен превышать 24 часа.

Континуин могут принимать женщины, которым обычные гормональные препараты противопоказаны: с повышенной свертываемостью крови, тромбоэмболической болезнью, заболеваниями сосудов в период лактации. Он показан и при полной непереносимости эстрогенов. Континуин может также изменять порядок менструальных циклов, укорачивать их до 20—24 дней или, наоборот, удлинять до 36—45 дней. В период привыкания могут отмечаться тошнота, головокружение.

Учитывая, что континуин в отличие от других гормональных контрацептивов не выключает овуляцию, то, естественно, и не защищает от внематочной беременности. К нам в страну этот препарат только начинает поступать.

Немало женщин, которые ведут нерегулярную половую жизнь. Это прежде всего разведенные, вдовы. Иногда редкие половые акты обусловлены состоянием здоровья супругов. В наше динамичное время значительное количество супругов бывает временно оторваны друг от друга в силу производственной необходимости и социальной занятости (военнослужащие, моряки, актеры, при вахтовом методе работы, длительных служебных командировках). До недавнего времени защита женщин от нежелательной беременности в таких случаях сводилась только к барьерным методам контрацепции, потому что прием гормональных контрацептивов или ношение внутриматочных средств неоправданы.

В настоящее время в аптечной сети имеется в продаже венгерский препарат постинор, который помогает

разрешить эту проблему. Он тормозит овуляцию, воздействует на сперматозоиды, ускоряет транспорт яйцеклетки по маточной трубе, задерживает внедрение оплодотворенной яйцеклетки в оболочку полости матки Применяется постинор по одной таблетке непосредственно после полового акта, но обязательно в течение первого часа. При повторном половом сношении спустя три часа необходимо принять вторую таблетку При множественных половых актах одну таблетку следует принимать после первого сношения, спустя три часа — вторую и на другой день — третью.

Практически противопоказаний для приема постинора, за редким исключением — при заболевании печени, тромбозах, неполовозрелом возрасте,— в настоящее время не установлено.

Но частота использования постинора достаточно строго ограничена из-за большого содержания эстрогенов: один раз в неделю, или четыре раза в месяц После приема этого препарата у некоторых женщин через день или два могут появиться кровянистые выделения, которые быстро исчезают. При несоблюдении правил приема постинора могут возникнуть нарушения менструальной функции, лечение которых представляет большие трудности.

Таким образом, использование гормональных средств при наличии ряда противопоказаний – очень эффективный и надежный метод предохранения от беременности, благодаря простоте и удобству получил широкое распространение.

● ● ● ● ●

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ

Одним из самых известных, а вернее, самых массовых видов предохранения от беременности, уходящих в глубь веков, остается и на сегодняшний день барьерный метод. Он включает в себя несколько способов: механический, химический, прерванное половое сношение Но суть их едина — создание условий, препятствующих проникновению сперматозоидов во влагалище или из влагалища в верхние отделы половых органов

Из механических средств контрацепции наиболее распространен презерватив, или кондом, используемый мужчиной. Он изготовляется из высокопрочных резин, латекса, позволяющих до минимума свести толщину его стенки. При правильном использовании презерватив надежно предохраняет от беременности.

Перед половым актом для облегчения надевания кондома мужчина должен смазать половой член борным вазелином, а затем, начиная от головки, постепенно раскручивать презерватив на всю его длину. При этом очень важно оставить небольшое пространство между слепым концом презерватива и головкой полового члена, иначе во время семяизвержения презерватив может разорваться. Наружную поверхность презерватива также нужно смазать вазелином для снижения трения и, следовательно, для предохранения его от разрыва во время полового акта. При повторных половых сношениях следует использовать новый презерватив. Часто при половом сношении у женщин происходит значительное увлажнение входа во влагалище, в этом случае смазывать презерватив необязательно. При разрыве презерватива во время полового акта необходимо немедленно прибегнуть к химическому методу защиты.

Длина презерватива 10 см, а ширина — 2,5 см. Эластичность материала обеспечивает возможность увеличения презерватива в зависимости от размеров полового члена. Презерватив необходимо надевать всегда до начала полового акта, а не в процессе его.

Основным недостатком этого метода контрацепции является полная зависимость безопасности женщины от осторожности партнера. Презерватив в определенной мере снижает ощущения во время полового акта, а иногда влияет на чувство удовлетворения. Использование данного вида контрацепции не рекомендуется женщинам, имеющим мастопатии или фиброаденому молочной железы. Метод становится неприемлемым, когда у мужчины нарушена эрекция. Но презерватив как дополнительный способ предохранения удобно использовать при ритм-методе, когда супруги не могут перенести 8—9-дневный период воздержания.

К механическим средствам контрацепции, используемым женщиной, относятся шеечные колпачки Кафка и влагалищные резиновые колпачки КР.

Металлический колпачок Кафка (рис. 7), изго-

товленный из алюминия, имеет форму, напоминающую наперсток. Он надевается на влагалищную часть шейки матки, где удерживается благодаря своему присасывающему действию, закрывая наружный зев шейки матки и таким образом препятствуя проникновению сперматозоидов в полость матки. Размеры колпачков различны, подбор их осуществляется врачом или акушеркой в зависимости от анатомических особенностей шейки матки. Если колпачок мал, то он, сдавливая шейку, вызовет в ней нарушения кровообращения, если велик, то, неплотно охватывая шейку, может сместиться, что снизит эффект контрацепции.

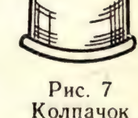


Рис. 7
Колпачок
Кафка

Надетый на шейку матки колпачок не снимают в течение недели. Перед снятием и после него следует произвести спринцевание влагалища слабым дезинфицирующим раствором. Снятый колпачок тщательно моют и дезинфицируют кипячением, после чего он вновь может быть при необходимости надет. За два-три дня перед менструацией колпачок необходимо снять, надеть его можно будет спустя тот же срок после ее окончания. Эффективность колпачка резко возрастает, если его использовать в комбинации с пастой, содержащей спермицид. В этом случае, даже при соскальзывании колпачка во время полового акта, паста оказывает губительное влияние на сперматозоиды. Если появляются неприятные ощущения или боли в низу живота, нужно сразу же колпачок осторожно снять и обратиться в женскую консультацию.

После искусственного и самопроизвольного аборта колпачок Кафка можно использовать только по окончании первой менструации, а после родов через три-четыре месяца. Существенным недостатком этого способа предохранения является то, что женщине очень редко удается научиться самостоятельно надевать колпачок на шейку матки, поэтому она должна довольно часто посещать врача или акушерку. Его нельзя использовать при воспалительных заболеваниях, а также при любых патологических изменениях шейки матки, включая и ее разрывы, произошедшие при родах или во время аборта.

Несмотря на то что применение колпачка Кафка не изменяет ощущений и не влияет на чувство полового удовлетворения, им удобнее пользоваться как временным средством предохранения от беременности.

3 Зак 106

К механическим методам контрацепции, используемым женщиной, относится влагалищный резиновый колпачок КР, имеющий различные размеры с соответствующими номерами (рис. 8). Колпачки КР изготовляют из тонкой резины в форме полушария, они имеют упругий ободок по краю. Плотно охватывая шейку матки, он препятствует проникновению сперматозоидов в нее.

Подбор соответствующего размера и обучение пользованию колпачком проводятся акушеркой или врачом в женской консультации. Нерожавшим женщинам обычно подходит колпачок размером 60—65 мм, а рожавшим — 70—75 мм Пользуются колпачком следующим образом. Сначала двумя пальцами правой руки, сидя на корточках, женщина вводит его в сжатом виде во влагалище. Для этого левой рукой разводится половая щель. Колпачок в это время обращен сводом кверху и продвигать его следует по задней стенке влагалища вплоть до заднего свода. Затем часть края колпачка, которая проходила последней, нужно подтолкнуть кверху до соприкосновения с лобковой костью. После этого пальцами необходимо проверить расположение диафрагмы, покрывающей шейку матки. Кольцо колпачка должно плотно соприкасаться со стенками влагалища. Колпачок не должен смещаться, для этого задний край его следует размещать ниже шейки.

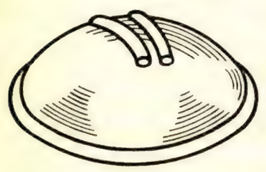


Рис. 8
Колпачок КР

Если колпачок КР находится в правильном положении, то в сочетании с химическими средствами он дает хороший эффект предохранения от беременности. Колпачок вводится самой женщиной незадолго до полового сношения, а извлекается наутро или после полового акта, при этом обязательно спринцевание влагалища дезинфицирующим раствором. Удаление производится указательным пальцем, потягиванием вниз за передний край колпачка. Если при этом возникают трудности, женщина должна потужиться. После извлечения колпачок должен быть вымыт горячей водой с мылом и осушен. Данный метод контрацепции прост, безвреден, а колпачок можно использовать многократно.

Процедура введения колпачка, естественно, вносит дискомфорт в интимные отношения супругов, иногда значительно снижает половое чувство у женщин. Без-

условно, для применения данного метода требуются определенные бытовые условия.

Имеются и противопоказания для использования противозачаточных колпачков. Это прежде всего большие кровоточащие эрозии шейки матки, глубокие своды влагалища, затрудняющие правильное введение колпачка Если женщина в результате родов страдает опущением стенок влагалища и матки или у нее имеются загиб матки, деформация шейки матки, то использование влагалищного колпачка теряет смысл из-за неплотного прилегания его ободка к стенке влагалища, а следовательно, отсутствия механического барьера.

Очень разнообразна группа химических методов предохранения от беременности. Применение химических противозачаточных средств основано на высокой чувствительности сперматозоидов к различным изменениям среды. Особенно губительна для них кислая среда. Хотя существует много химических средств, вредных для мужских половых клеток, далеко не все из них можно использовать для предохранения от беременности, поскольку химические вещества должны быть безвредны и для женщины и для мужчины; не должны вредить эстетическому и половому чувству, обладать неприятными запахами и оставлять пятен на белье.

История применения влагалищных спермицидов уходит в далекую древность. Современные химические спермициды применяются в виде шариков, таблеток, свечей, паст, кремов, растворов. Спермициды состоят из двух частей: химически активного вещества, обладающего собственно спермицидными действиями, и наполнителя, физически блокирующего прохождение сперматозоидов. Химические местно-действующие спермициды, как правило, создают такую среду во влагалище, которая приводит к нарушению обменных процессов сперматозоидов и к полному прекращению их движения.

Влагалищные шарики и свечи — достаточно удобное средство контрацепции. Вводят их в передний свод влагалища за 10—20 мин до полового сношения в положении лежа. Садиться и вставать после этого не следует. Под действием температуры тела они легко расплавляются, распределяя активную часть содержимого по всему влагалищу, обволакивая его стенки, механически препятствуя продвижению сперматозоидов. У нас в стране наиболее распространен контрацептин Т, об-

ладающий как спермицидным, так и антисептическим действием. Его токсичность незначительна, у него отсутствует местно-раздражающий эффект.

Хорошо зарекомендовала себя грамицидиновая паста. Ее можно применять самостоятельно и в сочетании с колпачком КР. Выпускается она в тюбиках. Для контрацепции из тюбика выжимают 5—6 г пасты, которую с помощью специального наконечника (его можно приобрести в аптеке) вводят в глубину влагалища. Вводить ее необходимо за 5—10 мин до полового сношения. Наконечник можно использовать многократно, его обрабатывают так же, как и колпачок КР.

В аптечной сети имеются в продаже трацептин, никоцептин, галоцептин и лютенурин, хиноцептин — таблетки, обладающие пенообразующим эффектом. Их необходимо вводить во влагалище за 5—15 мин до начала полового сношения, предварительно смочив. Если эти препараты в виде свеч, то предварительное увлажнение их не требуется. Часть из названных препаратов кроме спермицидного действия обладает и защитным эффектом от влагалищных инфекций. Так, лютенурин отрицательно влияет на трихомонады, обладает бактериостатическим и противогрибковым действием.

Перечисленные химические контрацептивы удобны в применении, их действие кратковременно. Они не вызывают серьезных побочных эффектов, могут использоваться как в период отмены гормональных препаратов, так и в паузах ритм-метода.

Использование вагинальных химических средств имеет и ряд отрицательных моментов: сравнительно невысокая контрацептивная эффектность — 85 %, специальная подготовка перед половым актом, а также определенный дискомфорт при половом сношении за счет пенообразующего эффекта.

Одним из широко применяемых методов химической защиты является влагалищное спринцевание, метод, используемый зачастую даже без врачебной консультации. Для спринцевания необходима теплая (кипяченая) вода с добавлением одного из химических веществ, губительно действующего на сперматозоиды. Обычно применяют борную кислоту (три столовые ложки на 1 л воды), соду (одна столовая ложка на 1 л воды), марганцовокислый калий (две-три крупинки на 1 л воды), столовый уксус (две столовые ложки на 1 л воды),

лимонную кислоту (одна столовая ложка на стакан воды). Спринцевание производится на корточках над тазиком или ванной при помощи кружки Эсмарха или большой клизмы, резинового баллона, груши.

Основным недостатком этого метода предохранения от беременности является необходимость производить его немедленно после полового акта. Поэтому женщина должна приготовить все заранее, немедленно встать после полового сношения и произвести тщательное спринцевание. Это значительно снижает половое чувство и удовлетворение от сношения. Если не все приготовлено для спринцевания заранее, а для этого требуются определенные бытовые условия, то эффективность метода резко снижается, сперматозоиды успевают за 5 мин проделать путь от заднего свода влагалища, куда изливается сперма, до наружного зева шейки матки и попасть в полость матки.

Особо нужно учитывать характер отношений, сложившихся у партнеров в процессе половой жизни. Если оргазм (высшая стадия полового ощущения) у обоих партнеров наступает одновременно или у мужчины несколько опережает оргазм женщины, то сперматозоиды за счет подсасывающего действия шейки матки очень быстро попадают в шеечный канал, и в этом случае влагалищное спринцевание как метод предохранения от беременности в значительной степени теряет свой эффект.

Зачастую женщины для повышения эффекта стараются увеличить концентрацию химических веществ или использовать иные, не рекомендуемые медициной. Нужно помнить, что спринцевание с химическими веществами, строго говоря, является не гигиенической процедурой, а лечебной. Поэтому использование других веществ или в большей концентрации будет приводить к резкому изменению нормального влагалищного содержимого и вызывать раздражающее действие на слизистую оболочку, а иногда — и воспаление.

Таким образом, несмотря на кажущуюся простоту этого метода, влагалищное спринцевание не является достаточно надежным методом предупреждения беременности, который может применять каждая женщина.

Прерывание полового сношения, используемое как метод предохранения от беременности, в принципе нельзя отнести к барьерным методам контрацепции, но,

учитывая, что в результате его сперматозоиды не попадут в половые пути, мы рассмотрим его в данной главе.

Еще в недалеком прошлом, одно-два десятилетия назад, отношение к этому методу со стороны врачей было резко отрицательным. Считалось, что его использование ведет к увеличению заболеваний женских половых органов и к невротическим состояниям у одного или обоих партнеров. Однако специально проведенные медицинские исследования и систематический анализ показали, что имеется значительное количество супружеских пар, которые достаточно длительно практиковали этот метод предохранения от беременности без каких-либо отрицательных последствий для своего здоровья.

Прерванное половое сношение можно использовать только с учетом физиологии полового акта у данной супружеской пары. Он неприемлем и даже вреден, если оргазм у партнеров наступает одновременно или у мужчины опережает оргазм женщины. В этом случае половое возбуждение будет разрушаться, и у женщины сохраняется прилив крови к наружным и внутренним половым органам. На первых порах это ведет к чувству дискомфорта, а затем — к ощущению тяжести в низу живота. Эти явления, часто повторяющиеся, в конечном счете ведут к тому, что половой акт будет причинять только неприятные ощущения женщине, и она начнет избегать половых сношений. Использование прерванного полового сношения без учета выраженного оргазма приведет к тому, что во время полового акта женщина с тревогой будет ожидать того момента, когда он будет прерываться. Это психическое напряжение рано или поздно приведет к нервно-психическому истощению и нарушению взаимопонимания партнеров не только в половой близости, но и в обычной повседневной жизни

Таким образом, прерванное половое сношение, семяизвержение вне половых путей можно применять только в том случае, если оргазм женщины опережает оргазм мужчины. В этом случае женщина будет переживать полноту полового удовлетворения без каких-либо последствий.

Применение прерванного полового сношения практически полностью зависит от партнера. Только обладая чувством высокой самодисциплины, мужчина может по-

лагаться на этот метод контрацепции. Безусловно, если прерванное половое сношение будет влиять на половое влечение или вызывать чувство неполной удовлетворенности, от него нужно отказаться.

Мы считаем, что метод прерывания полового сношения может использоваться только как временный, до подбора соответствующих химического, механического, гормонального или других методов предохранения от беременности, который проводится с помощью врача.

● ● ● ● ●

ПОСЛЕДСТВИЯ АБОРТА

Прерывание беременности в ранние сроки, выполненное в медицинском учреждении (аборт), довольно часто сопровождается различными осложнениями, которые могут возникнуть уже во время выполнения самой операции. Послеабортные осложнения также ведут к серьезным нарушениям здоровья женщин, вызывают заболевания, которые нарушают детородную функцию и часто осложняют течение беременности и родов.

Характер осложнений и их тяжесть зависят от многих факторов: возраста беременной, состояния ее здоровья и физического развития, наличия сопутствующих заболеваний, срока беременности, а также и того, первая это беременность или повторная. Результаты наших наблюдений показывают, что нередки случаи серьезных заболеваний женщин после аборта с вовлечением в процесс других систем и органов.

Мотивы, побуждающие женщину прибегнуть к прерыванию беременности, различны. В сущности, женщина, пришедшая на аборт,— глубоко несчастный человек. И на высоте положения в этот момент тот акушер-гинеколог, который не запугает ее тяжестью возможных осложнений во время и после аборта, а хорошо ведет профилактику нежелательной беременности, особенно у женщин детородного периода.

В настоящее время операция искусственного прерывания беременности производится тремя способами. Старый способ, известный с древнейших времен,— удаление

плодного яйца кюреткой (специальным инструментом из стали ложкообразной формы).

Второй способ, разработанный в СССР,— аборт с помощью вакуум-отсоса (вакуум-аспирации). Суть его заключается в том, что в полость матки вводят металлическую трубку из нержавеющей стали, которую подключают к электровакуум-отсосу. Он создает отрицательное давление в системе, благодаря этому происходит отделение и удаление плодного яйца вместе со слизистой оболочкой матки.

Независимо от того, каким способом удаляется плодное яйцо из матки, прежде чем ввести тот или иной инструмент в матку, производят расширение ее шейки (цервикального канала) до определенной величины. Это производится специальными расширителями с постепенным переходом от их малых размеров (по толщине, диаметру) до больших.

Значительные затруднения при расширении канала шейки матки возникают чаще у первобеременных и наиболее сложна эта манипуляция у женщин с недоразвитием половых органов. Это часто связано с нарушениями в сложной системе регуляции полового цикла (гипоталамус — гипофиз — яичники — матка). При выраженном недоразвитии иногда вообще не удается произвести расширение шейки матки. Врач вправе отказаться от этой манипуляции и производства аборта при таких ситуациях.

Аборт у таких пациенток крайне нежелателен, так как отмечаются тяжелые осложнения как при его выполнении, так и в раннем и позднем послеабортных периодах. Следовательно, женщины, страдающие недоразвитием половых органов, должны тщательно предохраняться от нежелательной беременности, а забеременев — не прерывать ее.

Как бы бережно не проводилось расширение шейки матки, при этом часто происходит ее повреждение — возникают трещины, надрывы и всегда — кровянистые выделения. И еще одно последствие, которое чаще других возникает после аборта,— это заболевание эндометриозом. При аборте отделившиеся небольшие кусочки слизистой оболочки матки могут внедриться в толщу ее стенки, по маточным трубам распространиться за ее пределы, даже попасть в кровеносные сосуды и разнестись в различные ткани и органы. Суть заболевания

эндометриозом в том, что эти кусочки, прикрепившись к отдельным, не свойственным для них участкам, продолжают жить (функционировать). При каждых месячных из них выделяется менструальная кровь, которая, скапливаясь, ведет к заболеванию с различными клиническими проявлениями, в зависимости от места прикрепления кусочков и их обширности.

Третий способ искусственного прерывания беременности самый новый, но уже прошел стадию клинической апробации — это аспирация эндометрия с плодным яйцом, при задержке менструации, на самых ранних этапах беременности (8—12 дней). Окончательного названия метод еще не получил, сейчас он известен как метод регуляции менструального цикла, мини-индукция, мини-аборт и т. д. Существенное преимущество метода в том, что при нем нет необходимости производить расширение шейки матки, он требует минимального обезболивания, длительность операции составляет 30—40 с, кровопотеря при ее производстве 5—15 мл, значительно меньше дает осложнений, прост в исполнении, позволяет быстро и надежно опорожнить полость матки. Все это говорит о перспективности метода, предложено уже несколько его модификаций.

В последние годы при прерывании беременности стали использовать простагландин. При введении этого гормонального препарата происходят расширение шейки и сокращение гладкой мускулатуры матки, а затем изгнание плодного яйца.

Известно много различных видов простагландина, которые можно вводить внутривенно, внутриматочно и подкожно. Прерывание беременности с помощью простагландинов снижает частоту осложнений после аборта. Однако высокая стоимость препарата и ограниченный выпуск сдерживают более широкое его использование.

Одним из наиболее опасных последствий при расширении шейки матки является ее прободение (перфорация). Возможны серьезные повреждения матки, соседних органов (кишечника, мочевого пузыря и т. д.). Чаще они возникают при нарушении техники операции, а также при неправильном положении матки, если она значительно отклонена от нормального положения кпереди, кзади или влево. Причины этих изменений различны, но наиболее часто они появляются после перенесенных воспалительных заболеваний матки и ее придатков.

В последние годы, к сожалению, мы все чаще отмечаем, что одна из причин этого явления — следующие один за другим аборты. При развивающемся хроническом воспалительном процессе матка легче повреждается. Влечет за собой и удаление из полости матки плодного яйца. Различны по тяжести и последствиям осложнения. Обращаем внимание на то, что все манипуляции, связанные с удалением плодного яйца и слизистой оболочки матки, производят вслепую. Следовательно, в любом случае нет полной гарантии в благополучном их исходе, даже если аборт производит опытный врач.

Как показывают наши наблюдения, наиболее опасно прерывание беременности в так называемые пограничные сроки, во время 11—12-й недель, а еще более — после 12-й. Проведение аборта в этот период представляет большие трудности для врача, что может служить также причиной различных осложнений.

Однако прерывание беременности в ранние сроки — четыре — шесть недель беременности — также не менее опасно, возможна перфорация матки и не всегда удается удалить плодное яйцо.

Каждый аборт сопровождается кровотечением. Как установлено исследованиями, в среднем кровопотеря при выполнении аборта составляет 100 мл, если он выполняется при беременности сроком два месяца. В ряде случаев кровопотеря может быть более значительной и даже достигать величин, угрожающих жизни женщин. Это связано со многими причинами. Во время беременности в матке увеличивается число кровеносных сосудов, усиливается ее кровоснабжение, а с 8-недельного срока начинают формироваться плацента и весь маточно-плацентарный комплекс. Перестройка происходит при значительном увеличении в организме женских половых гормонов, которые оказывают существенное влияние на приток крови в матке.

Величина кровопотери зависит не только от срока беременности, при котором производится аборт, но и от степени травмирования матки, нарушения ее сократительной деятельности, а также при неполном удалении плодного яйца. Наиболее кровоточиво место прикрепления плодного яйца к слизистой матки, именно этот участок сильнее всех других травмируется.

Если перед данной беременностью женщина перенесла воспалительный процесс в матке (метроэндометрит)

или придатках (аднексит, сальпингоофрит), то и это может быть причиной большой кровопотери при аборте, поскольку в результате этих заболеваний нарушена способность матки к сокращению. Известны случаи, когда женщинам производят несколько абортов подряд через короткие промежутки времени, чаще вскоре после родов. Лактационная аменорея (отсутствие менструации после родов) не является гарантией от повторной беременности. И до 30 % женщин в раннем послеродовом периоде могут забеременеть. К тому же наступление беременности в этот период своевременно не определяется. Операция аборта в таких случаях сопровождается, как правило, большой кровопотерей.

Причиной значительной кровопотери при аборте может быть и неполное удаление плодного яйца. При этом возникает необходимость повторного выскабливания полости матки. Грубое выполнение операции аборта, нарушение ее техники, когда удаляется не только плодное яйцо, но и повреждается базальный (ростковый) слой слизистой оболочки матки, а в некоторых случаях и сама мышца матки (это подтверждается исследованиями удаленных тканей), может приводить к сильным кровотечениям.

Крайне опасны, хотя и редки, осложнения аборта, сопровождающиеся массивной кровопотерей, повреждения крупных кровеносных сосудов, чаще маточной артерии, а иногда вен и артерий кишечника, брыжейки В этих случаях кровотечение сразу принимает угрожающий жизни женщины характер.

При выскабливании полости матки каждое движение кюретки завершается у внутреннего зева шейки матки, и следовательно, этот участок подвергается наибольшему повреждению. В результате могут произойти его склеивание (конглютинация) в раннем послеабортном периоде, задержка и скапливание в полости матки крови. Матка при этом растягивается, нарушается ее сократительная деятельность. Это осложнение называется гематометрой, при ней необходимо расширить и восстановить проходимость шейки матки, удалить из ее полости скопившуюся кровь. Значит, возникает необходимость повторного выскабливания или вакуум-аспирации.

Массивные кровопотери при абортах приводят к анемии, которая ухудшает здоровье женщины, снижает ее трудоспособность. После большой кровопотери женщины нуждаются в длительном лечении

При сравнительной оценке кровопотерь при аборте, произведенном с помощью кюретки и вакуум-аспирации, установлено, что при первом способе они больше.

К осложнению после искусственного прерывания беременности относятся и значительные гормональные изменения, которые происходят вследствие абортной травмы. Стрессовые реакции организма в связи с абортом ведут к снижению содержания половых гормонов.

Частым последствием аборта являются воспалительные заболевания женских половых органов. В результате обширной травмы тканей матки, повреждения кровеносных и лимфатических сосудов, которые неизбежны при аборте, происходит занос болезнетворных микробов: стрептококка и стафилококка, кишечной палочки. Обрывки ткани, сгустки крови, скапливающиеся в полости матки,— питательная среда для размножения этих микробов. При повреждении сосудов они легко проникают в их русло и распространяются в толщу стенки матки, покрывающую ее брюшину, а также в маточные трубы и яичники.

При усилении процесса воспаление может распространиться на соседние органы и ткани. Следствие этого — образование инфильтратов и спаек, нарушение функции женских половых органов, мочевыделительной системы, кишечника. Воспалительный процесс, развившийся после аборта, иногда носит острый характер, сопровождается повышением температуры, острыми болями, кровотечением из половых путей, вздутием кишечника и другими симптомами.

Но чаще он носит подострый и хронический характер. Это может быть следствием сопротивляемости организма в результате больших кровопотерь, имеющихся заболеваний, применения различных медикаментов, в том числе и антибиотиков.

Острый воспалительный процесс слизистой оболочки матки (эндометрит) вызывает некротический ее распад и сопровождается обильными гнойными выделениями из влагалища, повышением температуры тела, появлением ноющих болей в низу живота и других симптомов.

Если воспалительный процесс ограничен только слизистой оболочкой матки, то после очередной менструации наступает выздоровление. Но чаще он захватывает и матку, т. е. воспаление распространяется и на ее мышцу (метроэндометрит). Тогда заболевание принимает затяж-

ной, хронический характер с обострениями и затиханиями процесса. Нарушается менструальный цикл, кровотечения при месячных становятся длительными и обильными. При метроэндометрите возможно развитие еще одного осложнения — склеивания внутреннего зева шейки матки, задержка в связи с этим гноевидной массы в полости матки (пиометра). Это требует дополнительных лечебных мероприятий, направленных на опорожнение матки.

Воспаление маточных труб — одно из наиболее частых последствий аборта. Инфекция распространяется непосредственно из полости матки по кровеносным и лимфатическим сосудам, часто вовлекая в процесс и яичники. Воспаление маточных труб сопровождается их утолщением и выделением из стенок серозной жидкости. Это в дальнейшем ведет к образованию спаек внутри маточной трубы и вокруг нее, до полного закрытия просвета. Слипание стенок концов трубы приводит к полной ее непроходимости. При выделении серозной жидкости труба растягивается, увеличивается в своих размерах, это так называемые мешотчатые образования (сактосальпинкс), которые могут быть причиной бесплодия. Нагноение и прорыв гноя в брюшную полость вызывает угрозу жизни женщины.

Распространение воспаления на яичник (андексит или сальпингоофорит) значительно ухудшает здоровье женщины, так как нарушаются процесс созревания яйцеклетки и выход ее наружу, затрудняется образование гормонов.

Бесплодие, по данным многих авторов, в развитых странах достигает 20 %. Брак считается бесплодным, если в течение одного года, а по мнению врачей, двух лет — женщина ни разу не беременела. Такое бесплодие называется первичным. Если в прошлом у женщины наступала хотя бы одна беременность, то независимо от того, чем она закончилась (мертворождением, преждевременными родами, самопроизвольным выкидышем, абортом или внематочной беременностью), отсутствие в дальнейшем зачатия считается вторичным бесплодием

Исследования последних лет показывают, что в бесплодии повинны одинаково как женщины, так и мужчины. Бесплодие мужчин может быть связано с нарушением сперматогенеза, когда не вырабатываются нормальные мужские половые клетки, или их не достаточно,

или они лишены возможности передвигаться. К таким нарушениям выработки сперматозоидов могут вести различные эндокринные заболевания, инфекционные болезни половой системы, травмы, хронические интоксикации, радиационное поражение.

Бесплодие женщин, как правило, также связано с различными эндокринными заболеваниями, которые оказывают отрицательное влияние на созревание нормальной женской половой клетки. Как указывалось ранее, одной из причин бесплодия может быть недоразвитие женских половых органов, другие пороки. Однако в 50 % случаев, как показали наши исследования, причина вторичного женского бесплодия — искусственный аборт, особенно если прерывалась первая беременность. Воспалительные процессы, которые развиваются в шейке матки, в самой матке, маточных трубах, яичниках и клетчатке, вызывают значительные нарушения процесса оплодотворения. В специальной литературе подробно рассматриваются эти вопросы.

В детородной функции маточным (фаллопиевым) трубам принадлежит особая роль. При образовании спаек после абортов расширенный конец трубы не способен переместиться к яичнику в момент выхода из него созревшей яйцеклетки. Воспаление в толще самой трубы уничтожает реснички ее слизистой оболочки, что ведет к склерозированию ткани. Эти изменения нарушают передвижение созревшей яйцеклетки, что часто влечет за собой наступление внематочной (трубной) беременности.

После операции удаления трубы при внематочной беременности вероятность ее наступления снижается наполовину. И, к сожалению, у таких женщин в 5—15 % случаев наступает повторная внематочная беременность в оставшейся второй трубе. При отсутствии проходимости труб невозможно наступление беременности, при этом требуется длительное лечение, которое к тому же не всегда гарантирует положительный результат.

При нарушении менструального цикла после искусственного прерывания беременности возможно возникновение так называемого ановуляторного цикла, когда не происходит созревания яйцеклетки, что ведет к бесплодию.

Одной из разновидностей нарушения менструального цикла после аборта является аменорея — отсут-

ствие месячных, наиболее частые причины аменорей: повреждение росткового (основного) слоя слизистой матки, заращение внутреннего зева ее шейки.

Значительно влияние аборта на течение и исход последующих беременности и родов. Самое раннее проявление — угроза самопроизвольного выкидыша. Признаки его: боли в низу живота, появление скудных мажущих кровянистых выделений. Чем меньше промежуток между предшествовавшей беременностью, прерванной абортом, и вновь наступившей, тем чаще происходит выкидыш. Иногда симптомы выкидыша могут проявляться в течение всей беременности. При этом, чтобы ее сохранить, требуется лечение в больничных условиях.

Причин выкидыша, преждевременных родов много: недостаточность и ухудшение условий развития детского места (плаценты) и т. д.

У женщин, перенесших аборты, чаще возникает опасное осложнение беременности и родов — неправильное (патологическое) прикрепление детского места (плаценты). В случае, когда плацента прикрепляется близко к внутреннему зеву, может произойти обильное кровотечение. Это происходит в результате отслойки плаценты еще до наступления родов. Центральное предлежание плаценты, когда она полностью перекрывает внутренний зев шейки матки,— грозное осложнение беременности, так как женщина уже самостоятельно родить живого ребенка не сможет, производят операцию кесарева сечения.

Не менее опасным осложнением, которое чаще возникает у женщин, перенесших в прошлом аборты, является плотное приращение детского места к оболочке матки, проникновение некоторых его участков до ее мышцы. После рождения ребенка плацента не может самостоятельно отделиться от матки, а при ее удалении происходит большая кровопотеря.

После искусственного прерывания беременности чаще наблюдается слабость родовой деятельности, что отрицательно сказывается на состоянии плода и ухудшает прогноз родов.

Кожевников В. Н., Игошев В. Ф.
К 58 Предохранение от беременности.— Свердловск: Сред.-Урал. кн. изд-во, 1988.— 48 с.: ил.
ISBN 5—7529—0074—3
10 к. 300 000 экз.

В брошюре изложены основные способы контрацепции, использование которых позволит избежать наступления нежелательной беременности, приведет к снижению количества абортов и осложнений после них

К $\frac{4123000000\text{-}062}{М158(03)\text{-}88}$ 122-88 ББК 57.1

Содержание

Владислав Николаевич
КОЖЕВНИКОВ

Владимир Федорович
ИГОШЕВ

ПРЕДОХРАНЕНИЕ ОТ БЕРЕМЕННОСТИ

Редактор Н. Г Новосад
Художник О. И. Аплеснина
Художественный редактор М. М. Кошелева
Технический редактор И. Ш Трушникова
Корректоры М. Ф Худякова, Е Г Шубина

Н/К

Сдано в набор 29.03.88. Подписано в печать 07 06.88 Формат 84×108 /32
Бумага типографская № 2. Гарнитура литературная. Печать высокая
Усл печ л 2,5 Усл кр.-отт 2,9. Уч.-изд. л 2,4 Тираж 300 000
Заказ 106. Цена 10 к.

Средне-Уральское книжное издательство, 620219, Свердловск, ГСП-351 Малышева, 24 Типография изд-ва «Уральский рабочий», 620151 Свердловск, пр Ленина, 49



10 к.

Свердловск
Средне-Уральское
книжное издательство
1988